

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde der NeuroIntensivmedizin,

zeitig nach der Mitgliederversammlung der DGNI anlässlich der letzten Arbeitstagung NeuroIntensivmedizin (ANIM) vom 17. bis 19. Januar 2019 in Berlin, möchte ich mich, auch stellvertretend für das wieder- und neugewählte Präsidium, zunächst bei allen dort Anwesenden für die Wahl und das entgegengebrachte Vertrauen bedanken.

In seinem Tagungsbericht zur ANIM 2019 resümiert Kongresspräsident Prof. Helmuth Steinmetz (Frankfurt am Main) wie sich die ANIM durch die Möglichkeit des interdisziplinären wissenschaftlichen und auch sozialen Austausches zwischen Neurologen und Neurochirurgen mittlerweile aus der Kongresslandschaft hervorhebt. Den Grund dafür sieht er vor allem darin, dass man im historischen Kern der Veranstaltung, der NeuroIntensivmedizin, mittlerweile eine „Schicksalsgemeinschaft“ bilde. Es drohe NeuroIntensivmedizinern vielerorts bereits jetzt, zur „bedrohten Spezies“ zu werden. In der Tat: Unter den ca. 2,1 Millionen Behandlungsfällen in Krankenhäusern mit intensivmedizinischer Versorgung machen NeuroIntensivpatienten etwa 10-15% aus. Weiter liegt es auf der Hand, dass die spezielle Intensivmedizin für diese ausgewählte Patientengruppe nur dort gelehrt und gelernt werden kann, wo eine relevante Fallzahl behandelt wird. Wie Untersuchungen von Busse et al. (Nervenarzt 2018, 89) belegen, werden diese Patienten mehrheitlich (ca. 80%) auf interdisziplinären Intensivstationen versorgt. Auf diesen ist ein Präsenzdienst eines NeuroIntensivmediziners allerdings nur in einem Drittel der Fälle gewährleistet. Die wirklich „eigenständigen“ NeuroIntensivstationen sind mit ca. 70 in der Minderheit und beschränken sich auf Universitätsklinika und andere Maximalversorger.

Die Fort- und Weiterbildung in der speziellen Intensivmedizin ist eines der Kernanliegen der DGNI und ein Ziel für die Zukunft wird es sein, die Zentren mit dieser speziellen Expertise auszuzeichnen und für Rotationen und Hospitationen zu öffnen. Darüber hinaus gibt es bereits etablierte Weiterbildungsangebote, wie die DGNI Summer School, die Kompaktkurse der ANIM, sowie regionale Workshops. Andererseits muss es in jeder neurologischen und neurochirurgischen Klinik eigene Konzepte geben, wie qualitativ hochwertige NeuroIntensivmedizin „vor Ort“ praktisch erlernt werden kann. Die individuellen Weiterbildungsermächtigungen auf Grundlage der Weiterbildungsordnungen für die jeweiligen Facharztbezeichnungen sehen das jedenfalls so vor. Wo das nicht der Fall ist, sollte kritisch hinterfragt werden, wie man sich hier besser aufstellen kann. Diese Qualitätskontrolle ist ein notwendiges „Übel“, mit dem wir uns zunehmend arrangieren müssen. Die Änderungen in den Personal- und Strukturvoraussetzungen für die Abrechnung der *aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung* haben im vergangenen Jahr dazu geführt, dass betroffene Kliniken ihre Intensivteams „inventarisierten“, ob in ausreichendem Maße Mitarbeiter, die die intensivmedizinische Zusatzweiterbildung absolviert haben, vorhanden wären. Wo dies nicht der Fall war, mussten Neueinstellungen vorgenommen, über die unterschiedlichen Intensivbereiche Dienstpläne abgeglichen oder nach anderen Optimierungsmöglichkeiten gesucht werden. Auch Neurologen und Neurochirurgen mit der abgeschlossenen speziellen neurointensivmedizinischen Weiterbildung sind hier gefragt, und manche begehrte Oberarztstelle wurde auf dieser Grundlage vergeben.

Die „eigene“ NeuroIntensivstation, wo Patienten unter Federführung von NeuroIntensivmedizinern behandelt werden, wird natürlich weiter unser „Goldstandard“ sein. Auch wenn dieses, wie oben dargestellt,

schon vielerorts nicht mehr der Fall ist, kann doch angenommen werden, dass für Ausbildung, Forschung und Wissenschaft in der NeuroIntensivmedizin, die NeuroIntensivstation die beste Umgebung darstellt. Und wo das nicht der Fall ist, werden wir uns nachdrücklich bemühen müssen, unsere Ziele und Inhalte in eine möglichst optimale Patientenversorgung mit einzubringen.

Weiteres Potential besteht im Bereich der zunehmenden Anzahl von „intermediate care“- oder „high-dependency“-Einheiten. In diese Versorgungsstufe fallen ausnehmend viele NeuroIntensivpatienten, gerade weil funktionelle und strukturelle Störungen des ZNS bedeutende Implikationen mit sich bringen, die nicht automatisch in eine `Intensivpflichtigkeit` münden. Hier sind im Rahmen des Ausbaus der Schlaganfallversorgung in Deutschland mit über 200 durch die DSG zertifizierten „stroke units“ bereits vorbildliche Strukturen entstanden. Diese könnten als Muster für zukünftige Neuro-IMC-Stationen dienen, wo schwerpunktmäßig operierte und/oder neurotraumatologische Patienten behandelt werden. Es bedarf wenig Phantasie, dass angesichts limitierter Ressourcen (Raum, Personal, Logistik) und möglicher Synergieeffekte, hier auch gemeinsame Betriebskonzepte die Zukunft bestimmen könnten. Soviel zur „bedrohten Spezies“. Der Zensus der Mitglieder der DGNI bescheinigt uns ungebrochene Attraktivität. In dieser Hinsicht sprechen die Zahlen also eine andere Sprache. Persönlich freut es mich besonders, dass unter den mittlerweile über 1000 Mitgliedern die Neurochirurgen, nun vertreten mit fast einem Viertel, massiv erfreulich aufgeholt haben (Stand 1.1.2019).

Nach wie vor sind Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems komplex und viel zu wenig verstanden. Der richtige Umgang mit den oft schwerbetroffenen Patienten auf der Intensivstation stellt eine der größten Herausforderungen der Medizin in all ihren Facetten (Diagnostik, Therapie, Pflege, Ethik, etc.) dar. Wir sind gut beraten, hier weiterhin mit sorgfältig geplanten experimentellen Studien, klinischen Untersuchungen und Versorgungsforschung aufzuwarten, um die gegenwärtigen Grenzen ein Stück weit zu verschieben und die NeuroIntensiv- und Notfallmedizin in den richtigen Fokus zu rücken.

Schon frühzeitig wurden die Mitarbeiter der Pflege aus der NeuroIntensivmedizin in die DGNI integriert. Hier kommen seit Jahren hochmotivierte Kolleginnen und Kollegen zusammen, die sich mit eigenen Symposien, eigenen Preisen und einer eigenen Vertretung im Vorstand der DGNI ein Gesicht verliehen haben. Natürlich möchten wir auch hier weiterhin den Nachwuchs fördern und fordern. Im ärztlichen Bereich haben sich für die kollaborative Wissenschaft und Forschung als Sektion für klinische Studien in der NeuroIntensivmedizin die Mitglieder der *Initiative of German NeuroIntensive Trial Engagement* (IGNITE!) zusammengetan. Wo immer die Möglichkeit der berufsspartenübergreifenden Zusammenarbeit besteht, sollte sie besonders gefördert werden.

Die DGNI pflegt eine rege Zusammenarbeit mit anderen nationalen und internationalen Gesellschaften, die sich gemeinsam der NeuroIntensiv- und Notfallmedizin widmen. Das findet seinen Ausdruck in der wissenschaftlichen Zusammenarbeit in multizentrischen Studien, der Entwicklung gemeinsamer Leitlinien, *joint meetings*, aber auch den persönlichen zwischenmenschlichen Kontakten und Freundschaften, die sich hieraus entwickelt haben. Hier ist speziell der kontinuierliche Austausch mit unserer US-amerikanischen Schwestergesellschaft, der *Neurocritical Care Society* (NCS), hervorzuheben, wo gegenwärtig mehrere *Consensus*-Projekte von der DGNI gefördert werden. Auch hier ist erfreulicherweise wieder die Pflege besonders beteiligt. Wir werden berichten.

Nachdem die Verwaltung der DGNI in den vergangenen Jahren wiederholt kritisch reformiert wurde, kann diese nun als „schlank“ bezeichnet werden. Gleichzeitig wurden die Mittel für Preisgelder,

Anschubfinanzierungen, Unterstützung wissenschaftlicher Zusammenkünfte deutlich erhöht. Auch in dieser Hinsicht können sich die DGNI und die DGNI-Stiftung heute neben deutlich größeren Gesellschaften sehen lassen. Zusammen mit diesen werden wir uns weiterhin in gesellschaftspolitische Dimensionen und Entwicklungen des Gesundheitssystems (z.B. zunehmender Kostendruck, Prozessorientierung und Umstrukturierung der Patientenversorgung, Pflegepersonalstärkung) einbringen und unsere Fachkompetenz (z.B. Konzepte und Leitlinien für die rechtzeitige Erkennung und Verringerung neurologischer Schäden und Sekundärschäden im Intensiv- und notfallmedizinischen Bereich, Organspende im Zusammenhang mit der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls) gezielt einsetzen.

Abschließend, liebe Kolleginnen und Kollegen, gilt den vielen aktiven Mitgliedern und Teilnehmern Dank, die mit Ihren Beiträgen die ANIM nun zum 36. Mal zu einer so lebendigen und interessanten Veranstaltung gemacht haben. Es bleibt dabei: Als gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) und der DGNI kommen hier mit den verwandten neuromedizinischen Fachgesellschaften (so wie der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Neuroanästhesisten und Neurointensivmediziner (ADNANI) und der Deutschen Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinischen Neurochemie (DGLN)) die relevanten Stimmführer der deutschsprachigen „Szene“ zusammen!

Mit Spannung erwarte ich die Entwicklung der NeuroIntensivmedizin in den kommenden Jahren und freue mich, wenn wir hier gemeinsam wertvolle Impulse setzen und diese aktiv mitgestalten können.

Prof. Dr. med. Oliver W. Sakowitz
Präsident der DGNI (2019/2020)

Zur Vita

Professor Sakowitz wurde am 01.11.1971 in Lübeck geboren und studierte von 1992-1998 Humanmedizin an der Medizinischen Universität zu Lübeck, wo er 2001 in der Neurophysiologie promovierte. Die neurochirurgische Facharztausbildung absolvierte er an der Charité – Campus Virchow-Klinikum, an der University of Washington in Seattle und am Universitätsklinikum Heidelberg. Hier erlangte er 2010 die *venia legendi* mit Beiträgen zur Thematik des multimodalen Monitorings bei neurochirurgischen Intensivpatienten und ist seit 2013 außerplanmäßiger Professor der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Von 2010-2015 war Sakowitz als Sprecher der Sektion Neurotraumatologie und Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) aktiv. Darüber hinaus ist er ordentliches Mitglied der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und dort seit Jahren als Referent und Tutor tätig. Seit 2015 leitet er als Ärztlicher Direktor das Neurochirurgische Zentrum Ludwigsburg-Heilbronn an den akademischen Lehrkrankenhäusern Klinikum Ludwigsburg im Verbund der Regionalen Kliniken Holding (RKH) sowie dem Klinikum am Gesundbrunnen der Stadt-Landkreis Kliniken (SLK) Heilbronn GmbH.